

Caroline Figueira Pereira^IDivane de Vargas^{II}

Perfil de mulheres que realizaram tratamento para cessação do tabagismo: revisão sistemática

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o perfil de mulheres, em serviços de saúde, que realizam o tratamento para cessação do tabagismo.

MÉTODOS: Revisão sistemática na qual foram utilizadas como fontes de informação: *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus e *Web of Science*. Foram incluídos estudos quantitativos que abordaram a caracterização de mulheres, em serviços de saúde, que realizaram o tratamento para cessação do tabagismo, resultando em 12 artigos para análise. A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada utilizando-se o instrumento MASTARI do Instituto Joanna Briggs.

RESULTADOS: O perfil predominante das mulheres que realizaram o tratamento para o tabagismo em serviços de saúde foi ser jovem, branca, com alto nível educacional, casada, e que exercia atividade remunerada. As mulheres que realizaram o tratamento em serviços especializados para cessação do tabagismo tinham uma faixa etária mais avançada, eram brancas, casadas e apresentavam diagnóstico de depressão. O nível de qualidade dos estudos em sua maioria foi moderado.

CONCLUSÕES: O perfil das mulheres que realizam tratamento para cessação do tabagismo, tanto nos serviços de saúde geral como nos especializados, é composto por mulheres brancas, casadas e com alto nível educacional. Publicações sobre mulheres tabagistas são escassas e a falta de estudos brasileiros que caracterizem o perfil das mulheres que aderem ao tratamento para cessação do tabagismo mostra a necessidade de estudos que explorem essa temática.

DESCRIPTORIOS: Mulheres. Abandono do Uso de Tabaco. Serviços de Saúde. Cooperação do Paciente. Revisão.

^I Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência:

Caroline Figueira Pereira
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: caroline.figueira.pereira@usp.br

Recebido: 4/8/2014

Aprovado: 13/11/2014

INTRODUÇÃO

No início do século XX, o cigarro era um hábito restrito à elite urbana masculina, em um pequeno número de países em início de industrialização. Atualmente, os cigarros são consumidos em escala global e considerados a droga mais utilizada e disseminada na sociedade contemporânea. Seu uso é a principal causa de morte evitável entre homens e mulheres, totalizando aproximadamente seis milhões de óbitos no mundo.^a Apesar de maior entre os homens, o uso do tabaco encontra-se em declínio entre essa população em diversos países, enquanto a taxa de mulheres fumantes está em constante crescimento.^b De 1950 a 2000, cerca de 10 milhões de mulheres morreram devido ao consumo de tabaco,²⁰ e estima-se que de 2002 a 2030 esse número passará a 40 milhões.²²

As doenças relacionadas ao tabagismo em homens e mulheres devem ser interpretadas como um fenômeno multifacetado, levando-se em conta a complexidade das influências de gênero, relacionadas ao tabaco, e as normas sociais cambiantes, que moldaram a diversidade e o padrão de uso.¹² Evidências indicam fatores específicos relacionados ao sexo. Por exemplo, estudos^{27,34,35} apontam o risco elevado de vários tipos de cânceres em fumantes do sexo feminino, particularmente câncer de bexiga e de útero, além de aumentar o risco de infertilidade nas mulheres.

No que diz respeito à cessação do hábito de fumar, homens e mulheres apresentam diferenças sutis, porém significativas, em relação às características da dependência nicotínica. Apesar de controverso, estudos^{5,15,24,26,29} sugerem que mulheres têm maior dificuldade em parar de fumar do que homens, pois o comportamento da mulher fumante é mais influenciado por condicionamentos relacionados ao humor e ao afeto negativo, enquanto homens são mais condicionados pela resposta farmacológica, regulada pelo consumo de nicotina.³ Mulheres também apresentam metabolização mais rápida da nicotina² e maior prevalência de depressão do que homens. Adicionalmente, há indícios de que a nicotina possa interagir de maneira distinta no organismo durante o ciclo menstrual, provocando reações durante a síndrome de abstinência.^{2-4,10} Por outro lado, a maior procura de mulheres pelos serviços de saúde, em relação aos homens,¹ sugere maior facilidade para reconhecer problemas quanto ao cuidado com a saúde e para solicitar ajuda especializada.

Frente às mudanças sociais, econômicas e culturais que atingiram as mulheres – como a entrada massiva no trabalho assalariado e, conseqüentemente, mais poder, tanto aquisitivo quanto de decisão dentro da sociedade –, a indústria tabagista passou a considerar o público feminino

um mercado promissor. Mediante milionárias campanhas publicitárias, investiu fortemente em satisfazer os anseios femininos, assim como suas demandas sociais.³⁰ Há propagandas voltadas para exploração de conceitos como liberdade, independência, autoafirmação, ascensão social e beleza, sendo esta última responsável por impor e reforçar padrões de estética corporal que influenciam a iniciação e permanência do consumo de tabaco entre mulheres.⁶ Atualmente, o tabagismo é compreendido como problema de saúde complexo e multicausal que envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais.⁶

No Brasil, a grande maioria da população que busca tratamento nos serviços de saúde para cessar o tabagismo é do sexo feminino;^{1,a} entretanto, estudos publicados sobre essa temática são escassos. Diante dos fatos, esse estudo objetivou analisar o perfil de mulheres, em serviços de saúde, que realizam o tratamento para cessação do tabagismo.

MÉTODOS

Foi realizada revisão sistemática, de acordo com o manual de revisão do Instituto Joanna Briggs (JBI).^c

Foram consultadas as seguintes fontes de informação no período de 7 de abril de 2014 a 22 de abril de 2014: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Medline (via PubMed), Scopus e *Web of Science*. Os descritores foram agrupados da seguinte maneira: “abandono do hábito de fumar” AND “saúde da mulher” AND “serviços de saúde”, na BVS; “women’s health” AND “health services” AND “smoking cessation”, no PubMed; “women’s health” AND “health services” AND “smoking cessation”; no CINAHL; “smoking cessation” AND “health services” AND “women’s health”, no Scopus; e TS = (“smoking cessation” AND “women’s health” AND “health services”), no *Web of Science*.

Foram utilizados os seguintes critérios de elegibilidade: (1) artigos sobre mulheres tabagistas que buscaram atendimento em serviços de saúde geral e que participaram de programas de cessação do tabagismo oferecidos nesses locais; (2) artigos nos idiomas inglês, espanhol ou português que abordavam o perfil de mulheres tabagistas que procuraram serviço de saúde especializado para cessação do tabagismo; (3) artigos que reportassem pesquisas quantitativas e que estivessem disponíveis na íntegra nas fontes de informação pesquisadas.

Para a seleção dos artigos, o primeiro autor deste estudo (Pereira CF) fez um rastreamento inicial, pela leitura

^a World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic - warning about the dangers of tobacco 2011. Geneva; 2011.

^b World Health Organization. 10 facts on gender and tobacco 2011. Geneva; 2011.

^c Joanna Briggs Institute. Reviewers’ Manual: 2014 edition. South Australia; 2014[citado 2014 jun 25]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

dos resumos dos trabalhos, identificando aqueles que atendiam aos critérios de inclusão. Em caso de dúvida quanto à pertinência do artigo para inclusão na análise, ambos os autores (Pereira CF, Vargas D) o examinavam de modo independente. Incertezas em relação à qualidade dos estudos foram resolvidas pela discussão entre ambos. Os periódicos nos quais cada artigo foi publicado foram considerados relevantes se tivessem fator de impacto maior ou igual a 1,0.

Nas cinco fontes de informação pesquisadas, localizaram-se 156 estudos; 15 estavam duplicados, restando 141 estudos para seleção; desses, 129 foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade. A amostra final da revisão foi composta por 12 estudos. Um sumário da literatura identificada de cada estágio do processo da pesquisa pode ser encontrado na Figura, gráfico de fluxo PRISMA.²⁵

De cada artigo incluído na análise, o primeiro autor extraiu as seguintes informações: local (país) e delineamento do estudo, ano de publicação, população/amostra, intervenções (tipo de tratamento), desfechos e principais resultados.

O segundo autor, independentemente, verificou os dados extraídos e fez alterações conforme necessário. Ambos conduziram a avaliação de qualidade dos estudos e chegaram a um acordo utilizando o MASTARI, instrumento de avaliação estatística de meta-análise e de revisão do Instituto Joanna Briggs.^c De acordo com os estudos encontrados, foram usados todos os três instrumentos de avaliação que compõem o MASTARI: 1) avaliação crítica de coorte comparável/caso controle, 2) avaliação crítica de controle randomizado/pseudo-randomização e 3) avaliação crítica de descritivo/caso série. Para avaliar a qualidade metodológica dos artigos, foram estabelecidos como ponto de corte escores compreendidos entre um e 10. Artigos que pontuaram entre um e quatro foram classificados como de qualidade metodológica fraca; artigos com pontuação entre cinco e sete, de qualidade moderada; e aqueles com pontuação > 7, de qualidade elevada.

RESULTADOS

Dos 12 estudos encontrados, seis avaliaram mulheres tabagistas que estavam em serviços de saúde geral e aceitaram participar do programa de cessação do tabagismo

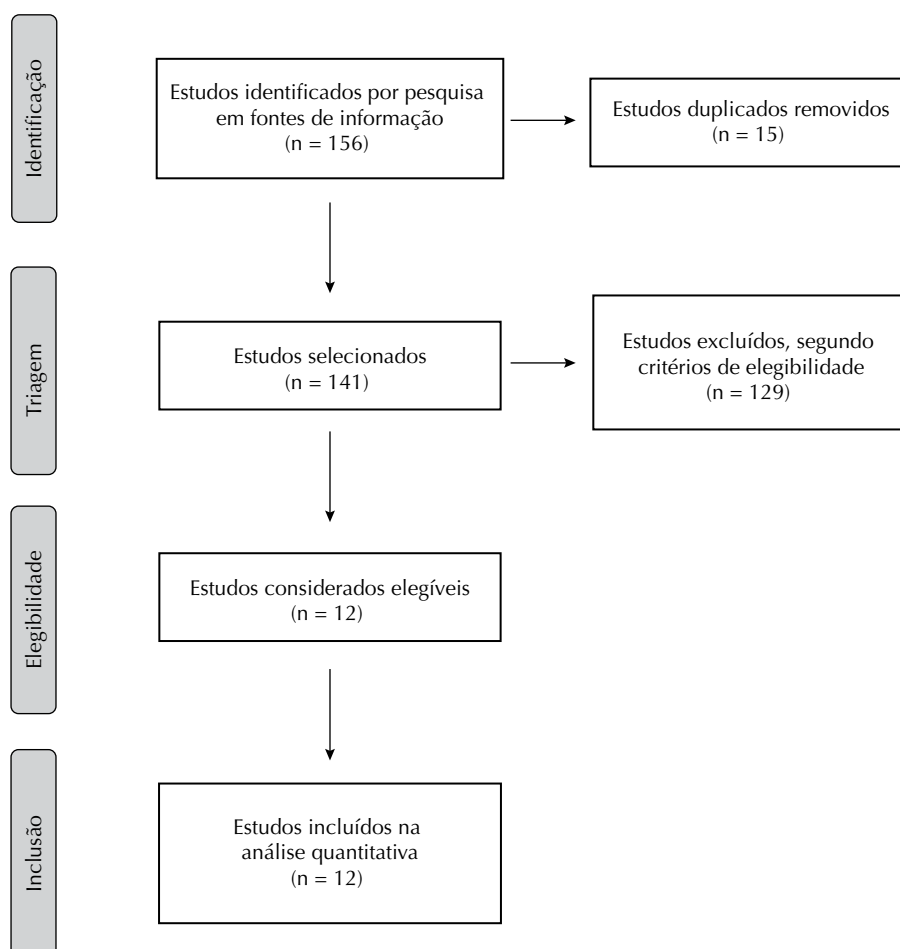


Figura. Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão sistemática.

oferecido pelos serviços. Os outros seis estudos avaliaram mulheres tabagistas que estavam em serviços especializados para cessação do tabagismo. A Tabela indica, respectivamente, os estudos descritos.

Os estudos que constituíram a amostra final foram realizados nos Estados Unidos (10) e na Itália (dois). A entrevista, feita pessoalmente por meio de questionário ou por telefone, foi a principal estratégia de coleta de dados, sendo utilizada nos 12 estudos.

Mulheres tabagistas que estavam em serviços de saúde geral

Dos estudos realizados em serviços de saúde geral, três foram desenvolvidos em serviços de prevenção de câncer cervical,^{10,11,23} dois em serviços de saúde especializados em saúde da mulher,^{18,21} e um em serviço que visa a diminuir o risco de doenças cardiovasculares.⁸ Nos serviços de prevenção de câncer cervical a maioria das mulheres apresentavam faixa etária média jovem e alto nível educacional, exerciam atividade remunerada e eram casadas; dois dos três estudos foram realizados na Itália.^{10,11} Nos serviços de saúde especializados em saúde da mulher, as mulheres situavam-se na faixa etária jovem e tinham um alto nível escolar; já nos serviços que visavam a diminuir o risco de doenças cardiovasculares, a maioria das mulheres estavam na meia idade, exerciam atividade remunerada e tinham alto nível educacional.

Mulheres tabagistas que estavam em serviços especializados para o tabagismo

Dos seis estudos realizados em serviços especializados para o tabagismo, quatro ocorreram em centros de pesquisa^{9,16,28,35} e dois, em centros de cuidado de saúde (um no *Veterans Health Administration*,³³ amplo sistema de cuidado em saúde no mundo, em que a maioria das unidades possuem programa de cessação ao tabagismo, e o outro em programa de cuidados em saúde de Minnesota, administrado pelo Departamento de Serviços Humanos de Minnesota).⁷ Os estudos realizados em serviços de saúde tinham como população mulheres brancas, com faixa etária média mais alta, variando de 50 a 60 anos, casadas, e que já haviam tentado parar de fumar mais de uma vez; desses, um estudo³³ registrou também depressão nessas mulheres. Os estudos que foram realizados em centros de pesquisa eram compostos em sua maioria por mulheres jovens e brancas;^{9,16,28,35} desses, um estudo⁹ mostrou percentual expressivo de mulheres com alto nível educacional e depressão.

De modo geral, observou-se que o perfil predominante das mulheres que realizaram o tratamento contra o

tabagismo em serviços de saúde foi constituído por jovens, brancas, com alto nível educacional, que exerciam atividade remunerada e eram casadas.

No que se refere à qualidade metodológica dos estudos, foram identificados, em sua maioria, ensaios clínicos randomizados (seis),^{9,10,16,21,23,28} estudos de coorte (cinco)^{7,11,18,33,35} e estudo descritivo exploratório⁸ (um). Em alguns estudos,^{7,18,33} o método não estava claro, o que gerou certa dificuldade de compreensão dos critérios de inclusão da amostra final da pesquisa. Quanto aos ensaios clínicos randomizados,^{9,10,16,21,23,28} a maioria não incluiu a descrição dos processos de randomização^{16,21,28} e dos indivíduos que foram retirados do grupo estudado.^{9,10,16,21,28} Em relação aos estudos de coorte,^{7,11,18,33,35} a grande maioria não descreveu os participantes retirados do grupo estudado^{7,11,18,33} e o estudo descritivo exploratório⁸ não mostrou acompanhamento de tempo suficiente para inferências. Outros estudos^{9,21,28} analisavam de modo insuficiente o perfil das mulheres que procuravam o serviço de saúde, enfatizando as intervenções aplicadas durante o tratamento nos resultados e discussão.

DISCUSSÃO

Foram encontrados dois tipos de serviços de saúde: os gerais, que ofereciam programas de cessação do tabagismo e os especializados em cessação do tabagismo. Nos serviços gerais, o perfil de mulheres caracterizou-se por mais jovens, com atividade profissional e alta escolaridade.

A maioria das participantes que procuraram o serviço para cessação do tabagismo apresentava alto nível educacional e exercia atividade remunerada, o que pode refletir uma classe social mais favorecida. De fato, a prevalência do hábito de fumar apresenta diferenças significativas entre os distintos grupos socioeconômicos: indivíduos com poder aquisitivo mais elevado apresentam maior chance de abandonar o hábito de fumar, pois o meio social em que vivem exerce forte pressão para o abandono do tabaco, devido a informações veiculadas por campanhas antitabágicas e aos prejuízos que o mesmo acarreta à saúde,³¹ enquanto os segmentos mais empobrecidos da população mundial apresentam aumento do tabagismo,^{17,d,e} devido ao menor acesso à informação, educação e assistência à saúde destes indivíduos.^f

Exercer atividade remunerada foi relatado em grande parte dos estudos, e isto tem sido caracterizado por alguns estudos^{7,13} como barreira à cessação do tabagismo entre mulheres. Longas jornadas de trabalho podem favorecer a adoção de comportamentos que reduzem momentaneamente as tensões, como o

^d Eriksen M, Mackay J, Ross H, Shafey O. The Tobacco Atlas. Mexico: World Lung Foundation; 2009 [citado 2014 jul 4]. Disponível em: <http://www.worldlungfoundation.org/ht/a/GetDocumentAction/i/10792>

^e Jha P, Chaloupka F. A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de Câncer; 2000.

^f Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante - consenso 2001. Rio de Janeiro (RJ); 2001.

Tabela. Características dos estudos de intervenção para cessão do tabagismo entre mulheres.

Autor/ano/localização	Métodos	Resultado	Nível de qualidade
McClure et al ²³ (2005) Estados Unidos	N = 275 Ensaio clínico randomizado Intervenções: tratamento de cuidado usual e aconselhamento motivacional aprimorado Programa de aconselhamento por telefone compreendido em quatro chamadas Teste Qui-quadrado, teste <i>t</i> , regressão logística	Mulheres jovens com média de idade de 32,7 anos 81,8% eram brancas 50,0% eram casadas 45,4% tinham ao menos o ensino médio completo 83,3% estavam empregadas Fumavam aproximadamente 14,3 cigarros por dia 78,0% fizeram uma tentativa de parar de fumar 51,3% não tiveram nenhuma assistência para cessar fumo Metade considerou parar nos seis meses seguintes Maioria das tabagistas de ambos os grupos tentou, ao menos uma vez, cessar o tabagismo (82,1% aconselhamento motivacional aprimorado, 77,5% cuidado usual) Ao longo do tratamento, 52 mulheres relataram abstinência (27 cuidado usual, 25 aconselhamento motivacional aprimorado)	Moderado
Chellini et al ¹⁰ (2011) Itália	N = 1.100 Ensaio clínico randomizado Intervenções: intervenção no hábito de fumar por meio de estágios de motivação, intervenção no hábito de fumar associado à atividade física e intervenção controle Questionário e acompanhamento por telefone Análise descritiva estatística, teste Qui-quadrado, teste não-paramétrico Mann Whitney U	Idade entre 25-64 anos 56,0% eram casadas 70,3% possuíam emprego Idade média do início do hábito de fumar aos 18/19 anos 45,0% estavam envolvidas em moderada ou intensa atividade física 21,0% estavam em estágio de preparação 45,0% em ação e manutenção 23,0% apresentavam alta ou muito alta dependência à nicotina Não se encontrou diferença significativa entre os três grupos do estudo	Moderado
Chellini et al ¹¹ (2011) Itália	N = 177 Estudo de coorte Intervenções: aconselhamento breve pareado com estágio motivacional para cessação do tabagismo e entrevistas face a face Entrevista face a face, por telefone, e questionário Análise de regressão logística, teste de Kruskal Wallis, teste Cuzik, teste Qui-quadrado	Variável idade não esteve associada à cessação Mulheres que fumavam 11-20 cigarros por dia eram menos propensas a parar de fumar quando comparadas com as que fumam de 1-5 cigarros por dia 72,9% das mulheres tinham alto nível educacional Idade entre 30-59 anos 72,3% trabalhavam 71,7% fumavam seu primeiro cigarro antes ou apenas depois do café da manhã 17,0% cessaram o tabagismo Houve significativa redução do consumo do tabaco	Moderado
Manfredi et al ²¹ (1999) Estados Unidos	N = 1.064 Ensaio clínico randomizado Intervenções: materiais e estratégias baseadas no método de motivação e na teoria dos estágios de mudança Entrevistas por telefone e face a face Análise de regressão logística	Mulheres jovens 38,0% tinha nível escolar superior ao ensino médio Média de tempo que fumavam era 12,6 anos Participantes expostas à intervenção eram mais propensas a parar (14,5%) do que as que não são expostas (7,7%), além de apresentarem altas taxas médias de ação, estágio de prontidão e motivação	Fraco
Buchanan et al ⁸ (2008) Estados Unidos	N = 50 Estudo descritivo exploratório Entrevista por questionário e acompanhamento por telefone Escala Likert, alfa de Cronbach, teste <i>t</i> , estatística descritiva	Mulheres com média de idade de 44,75 82,0% eram brancas 38,0% eram casadas 52,0% completaram ensino médio, 40,0% completaram ensino superior 73,0% estavam empregadas 32,0% relataram história de depressão e 22,0% faziam uso de medicamentos antidepressivos 62,0% possuíam amigos que fumavam 48,0% possuíam companheiro fumante	Elevado

Continua

Continuação

Glasgow et al ¹⁸ (2000) Estados Unidos	N = 1.154 Ensaio clínico randomizado Intervenções: aconselhamento e intervenção breve baseada na entrevista motivacional Entrevista pessoalmente e por telefone Análise de variância e múltipla regressão logística	Mulheres com média de idade de 24 anos 89,0% eram brancas 43,0% tinham concluído o ensino médio Média do tempo de uso do tabaco de 6 anos Menos que 30,0% tinham intenção de parar de fumar no mês seguinte Não houve diferenças significativas entre os grupos controle e intervenção	Moderado
O'Hara P, Portser SA ²⁸ (1994) Estados Unidos	N = 45 Ensaio clínico Intervenções: programa de autogestão comportamental, o qual trabalhava com o gerenciamento do ganho de peso e habilidade de gerenciar o stress Entrevista por telefone e questionário Teste não paramétrico	Mulheres mais jovens fumavam mais cigarros por dia (28,6 cigarros) que as com idade mais avançada (23,4 cigarros) Relatos de problema de saúde foi a principal razão para procurarem parar de fumar 68,0% das mulheres relataram que o ganho de peso depois de parar de fumar era um problema para elas Mulheres mais jovens eram mais preocupadas com o ganho de peso ao parar de fumar	Fraco
Sherman et al ³³ (2004) Estados Unidos	N = 1.150 Estudo de coorte Entrevistas por telefone e pessoalmente Teste Qui-quadrado, análise de variância, regressão logística	Mulheres em média com 50 anos 72,0% brancas 25,0% casadas 33,0% com doença pulmonar obstrutiva 37,0% com depressão 87,0% já tentaram parar	Moderado
Burgess et al ⁷ (2009) Estados Unidos	N = 1.019 Estudo de coorte Entrevista por telefone Teste Qui-quadrado, modelo multinomial logístico, regressão estratificada	Mulheres com idade média de 41,9 anos 53,0% tinham ensino superior 55,0% apresentaram depressão, ansiedade, ou stress pós-traumático 54,0% usavam medicação para depressão 28,0% usavam medicação para ansiedade Emprego associado negativamente com o abandono das mulheres fumantes	Moderado
Turner et al ³⁵ (2001) Estados Unidos	N = 722 Ensaio clínico randomizado Intervenções: leitura do manual organizado em torno de temas voltados para o estágio de prontidão para mudança, e programas de televisão que demonstravam os estágios de mudança por meio de imagens Entrevista por questionário e por telefone Regressão múltipla	Idade média de 45,2 anos Todas tinham ensino médio completo 70,9% eram brancas 49,9% eram casadas 44,0% estavam desempregadas Manual gerou aumento da prontidão para cessar o tabagismo em estágios de pré-contemplação Manual teve mais efeito que televisão	Elevado
Franklin et al ¹⁶ (2008) Estados Unidos	N = 102 Ensaio clínico randomizado Intervenções: terapia de reposição de nicotina e terapia comportamental para cessação do tabagismo Entrevista por questionário ANOVA, teste Qui-quadrado	Idade média 35,6 anos Fumavam em média 26,5 cigarros por dia Fumavam desde os 18 anos 72,0% eram brancas, 22,0% negras, 4,0% asiáticas, 1,0% hispânicas e 1,0% outras Na fase folicular aumentava o sucesso da cessação quando comparada com a fase lútea Na fase folicular sentiam menos desejo dos estímulos do cigarro do que na fase lútea	Moderado
Carpenter et al ⁹ (2008) Estados Unidos	N = 44 Ensaio clínico randomizado Intervenções: seções de aconselhamento para cessação do tabagismo e terapia de reposição de nicotina transdérmica Entrevista por questionário, visitas e telefone Test t, ANOVA, regressão logística	Brancas e não casadas possuíam baixos níveis de dependência moderada à nicotina Mulheres na fase folicular do ciclo menstrual tinham maior fissura, fadiga e confusão quando comparadas às mulheres na fase lútea Menor autoeficácia nas mulheres em fase folicular Maior nível de depressão nas mulheres em fase folicular do que as em fase lútea	Moderado

tabagismo.⁶ Além disso, as condições psicossociais adversas no ambiente de trabalho, como o alto nível de stress e ansiedade, também têm sido associadas ao tabagismo entre as mulheres^{16,19,32} e são consideradas barreiras adicionais ao tratamento.^{7,8}

Em relação à história tabágica, dois estudos mostraram a mesma idade em que se iniciou o hábito de fumar: entre 18 e 19 anos.^{10,28} Um deles¹⁰ identificou a associação entre maior idade e maiores dificuldades em parar de fumar dado o tempo de exposição à substância psicoativa. Por outro lado, mulheres mais jovens fumam quantidade maior de cigarros por dia, quando comparadas com as de mais idade.¹⁰ Isso interfere no êxito da cessação do tabaco, pois mulheres que fumam de 11 a 20 cigarros por dia são menos propensas a parar de fumar do que as que fumam entre um a cinco cigarros.¹⁰ A procura pelo tratamento também difere em relação à idade: enquanto as mais jovens procuram o serviço de cessação de tabagismo em razão de mau hálito, manchas causadas pela substância e devido ao desejo de interrupção do hábito de fumar por alguém próximo; as mulheres com idade mais avançada o procuram por já terem vivenciado algum problema de saúde relacionado com o cigarro, por preocupação com o câncer de pulmão e por benefícios de um estilo de vida mais ativo, dificultado pelo tabagismo.²⁸ Porém, para os dois grupos etários, a preocupação com a saúde é a primeira razão para cessação tabágica.²⁸

Quanto à tentativa de cessar o tabagismo, três estudos^{14,23,33} mostraram que quase a totalidade das mulheres estudadas já haviam tentado pelo menos uma vez na vida. Em quatro estudos,^{7-9,33} foi identificada depressão como um dos fatores que interferem no tratamento. Outro motivo que pode interferir no insucesso dessa tentativa é a falta de assistência para cessar o tabagismo,²³ o que aumenta as dificuldades enfrentadas por elas.

Os achados da presente revisão contribuem para a formulação de ações voltadas para o tabagismo feminino. É necessário conhecer o perfil das mulheres que procuram o serviço de saúde geral e os serviços especializados em cessação do tabagismo com vistas a oferecer atendimento integral a essas mulheres.

Esta revisão incluiu diferentes serviços de saúde que mantinham programas de cessação de tabagismo, o que permitiu a avaliação de mulheres tabagistas com perfis variados, não se apresenta delimitação de um período específico de publicação dos estudos. Dada a ausência de revisões sistemáticas prévias sobre o assunto, a estratégia de busca não restringiu os trabalhos por ano de publicação. O número reduzido de estudos que analisam o perfil de mulheres que realizaram tratamento para cessação do tabagismo limita a força de evidência empírica e as conclusões a partir desses resultados.

Apesar de a maioria dos estudos encontrados apresentar caráter longitudinal, muitos não mostram grupos de comparação do perfil de mulheres que realizaram o tratamento de cessação ao tabagismo das que não realizaram, não sendo possível verificar se existe diferença no perfil observado na presente revisão. Adicionalmente, a revisão foi conduzida somente por dois avaliadores, o que pode contribuir para a presença de vieses da publicação.

Em conclusão, publicações sobre mulheres tabagistas são escassas e nenhum estudo brasileiro ou latino-americano foi identificado na presente revisão. Serão necessários estudos que abordem a caracterização do perfil das mulheres que aderem ao tratamento para cessação do tabagismo no Brasil, assim como estudos de revisão que incluam pesquisas qualitativas e em idiomas não contemplados na presente revisão, o que poderá aumentar o alcance das evidências.

REFERÊNCIAS

1. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CARd, et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *J B Pneumol*. 2004;30 Suppl 2:1-76. DOI:10.1590/S1806-37132004000800002
2. Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE, Jacob P 3rd. Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clin Pharmacol Ther*. 2006;79(5):480-8. DOI:10.1016/j.clpt.2006.01.008
3. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther*. 2008;83(4):531-41. DOI:10.1038/clpt.2008.3
4. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;362(24):2295-303. DOI:10.1056/NEJMra0809890
5. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. *Nicotine Tob Res*. 2003;5(1):111-6. DOI:10.1080/1462220021000060482
6. Borges MTT, Barbosa RHS. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(4):1129-39. DOI:10.1590/S1413-81232009000400019
7. Burgess DJ, Fu SS, Noorbaloochi S, Clothier BA, Ricards J, Widome R, et al. Employment, gender, and smoking cessation outcomes in low-income smokers using nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(12):1439-47. DOI:10.1093/ntr/ntp158
8. Buchanan L, Likness S. Evidence-based practice to assist women in hospital settings to quit smoking and reduce cardiovascular disease risk. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(5):397-406. DOI:10.1097/01.JCN.0000317449.87649.8e

9. Carpenter MJ, Saladin ME, Leinbach AS, Larowe SD, Upadhyaya HP. Menstrual phase effects on smoking cessation: a pilot feasibility study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(2):293-301. DOI:10.1089/jwh.2007.0415
10. Chellini E, Gorini G, Carreras G, Giordano L, Anghinoni E, Iossa A, et al. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: baseline characteristics of women involved in the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011;11:906. DOI:10.1186/1471-2458-11-906
11. Chellini E, Gorini G, Gasparrini A, Grazzini G, Iossa A, Martellucci PM, et al. Cervical cancer screening visit as an occasion for counseling female smokers to quit. *Tumori*. 2012;98(1):27-32. DOI:10.1700/1053.11496
12. Curry LE, Vallone DM, Cartwright J, Healton CG. Tobacco: an equal-opportunity killer? *Tobacco Control*. 2011;20(4):251-2. DOI:10.1136/tc.2011.044479
13. Fagan P, Shavers V, Lawrence D, Gibson JT, Ponder P. Cigarette smoking and quitting behaviors among unemployed adults in the United States. *Nicotine Tob Res*. 2007;9(2):241-8.
14. Farmer MM, Rose DE, Riopelle D, Lanto AB, Yano EM. Gender Differences in Smoking and Smoking Cessation Treatment: An Examination of the Organizational Features Related to Care. *Womens Health Issues*. 2011;21(4 Suppl):182-9. DOI:10.1016/j.whi.2011.04.018
15. Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav*. 2003;28(7):1203-18. DOI:10.1016/S0306-4603(02)00260-5
16. Franklin TR, Ehrman R, Lynch KG, Harper D, Sciortino N, O'Brien CP, et al. Menstrual cycle phase at quit date predicts smoking status in an NRT treatment trial: a retrospective analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(2):287-92. DOI:10.1089/jwh.2007.0423
17. Giatti L, Barreto SM. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. *Cad Saude Publica*. 2011;27(6):1132-42. DOI:10.1590/S0102-311X2011000600010
18. Glasgow RE, Whitlock EP, Eakin EG, Lichtenstein E. A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *Am J Public Health*. 2000;90(5):786-9.
19. Lallukka T, Lahelma E, Rahkonen O, Roos E, Laaksonen E, Martikainen P, et al. Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: evidence from the Whitehall II Study, Helsinki Health Study, and the Japanese Civil Servants Study. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1681-98. DOI:10.1016/j.socscimed.2007.12.027
20. Mackay J, Amos A. Invited review series: Tobacco and lung health - Women and tobacco. *Respirology*. 2003;8(2):123-30. DOI:10.1046/j.1440-1843.2003.00464.x
21. Manfredi C, Crittenden KS, Warnecke R, Engler J, Cho YI, Shaligram C. Evaluation of a motivational smoking cessation intervention for women in public health clinics. *Prev Med*. 1999;28(1):51-60.
22. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442. DOI:10.1371/journal.pmed.0030442
23. McClure JB, Westbrook E, Curry SJ, Wetter DW. Proactive, motivationally enhanced smoking cessation counseling among women with elevated cervical cancer risk. *Nicotine Tob Res*. 2005;7(6):881-9. DOI:10.1080/14622200500266080
24. McKee SA, Maciejewski PK, Falba T, Mazure CM. Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status. *Addiction*. 2003;98(6):847-55. DOI:10.1046/j.1360-0443.2003.00408.x
25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Int Med*. 2009;151(4):264-9. DOI:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
26. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control*. 2001;10(2):165-9. DOI:10.1136/tc.10.2.165
27. Najman JM, Toloo G, Siskind V. Socioeconomic disadvantage and changes in health risk behaviours in Australia: 1989-90 to 2001. *Bull World Health Organ*. 2006;84(12):976-83. DOI:10.2471/BLT.05.028928
28. O'Hara P, Portser SA. A comparison of younger-aged and older-aged women in a behavioral self-control smoking program. *Patient Educ Couns*. 1994;23(2):91-6. DOI:10.1016/0738-3991(94)90046-9
29. Osler M, Prescott E, Godtfredsen N, Hein HO, Schnohr P. Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. *Prev Med*. 1999;29(1):57-62. DOI:10.1006/pmed.1999.0510
30. Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Trast Adict*. 2004;6(2):113-24. DOI:10.1016/S1575-0973(04)70152-X
31. Paul CL, Ross S, Bryant J, Hill W, Bonevski B, Keevy N. The social context of smoking: a qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC Public Health*. 2010;10(1):211. DOI:10.1186/1471-2458-10-211
32. Radi S, Ostry A, Lamontagne AD. Job stress and other working conditions: Relationships with smoking behaviors in a representative sample of working Australians. *Am J Ind Med*. 2007;50(8):584-96. DOI:10.1002/ajim.20492
33. Sherman SE, Fu SS, Joseph AM, Lanto AB, Yano EM. Gender differences in smoking cessation services received among veterans. *Womens Health Issues*. 2005;15(3):126-33. DOI:10.1016/j.whi.2005.01.001
34. Teles CCGD, Costa Viegas Muniz M, Ferrari R. Tabagismo associado às lesões precursoras para o câncer de colo uterino. *Rev Enferm UFPE*. 2013;7(9):5427-34.
35. Turner LR, Morera OF, Johnson TP, Crittenden KS, Freels S, Parsons J, et al. Examining the effectiveness of a community-based self-help program to increase women's readiness for smoking cessation. *Am J Community Psychol*. 2001;29(3):465-91. DOI:10.1023/A:1010375931040
36. Uchimura NS, Ribalta JCL, Focchi J, Uchimura TT, Simões MJ, Silva ES. Os efeitos do tabagismo na densidade das células de Langerhans do colo uterino. *Acta Sci Health Sci*. 2004;26(2):369-73. DOI:10.4025/actascihealthsci.v26i2.1592